# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

**Dr LÉON BÉRARD**

Chef de Clinique chirurgicale



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

*14, rue Belle-Cordière, 14*

1898





# TITRES SCIENTIFIQUES

EXTERNE DES HOPITAUX
(Concours de 1890)

INTERNE LAURÉAT DES HOPITAUX
(Concours de 1892 — Prix Bonnet)

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE
(1894-95)

PROSECTEUR A LA FACULTÉ (1895-97)
(Concours de 1895)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Concours de 1897)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Concours de fin d'année (Médaille d'argent), 189[illegible]

Prix des thèses (Médaille d'argent), 1896

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(Prix Laborie), 1897

(Prix Bourceret (Mention honorable), 1897

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

## I. — ANATOMIE CHIRURGICALE

### 1. ÉTUDES ANATOMIQUES SUR LA RÉGION THYROIDIENNE.

*Province Médicale*, 14 novembre 1896,
et V. *Ma thèse.*

C'est le résumé de recherches anatomiques destinées à fixer les diverses techniques opératoires du goitre et consignées dans ma thèse.

A propos de la circulation thyroïdienne, outre les procédés habituels d'injections et de dissections, j'ai utilisé,pour l'étude des rapports des branches vasculaires entre elles et avec la glande thyroïde, divers procédés radiographiques sur lesquels j'aurai à revenir.

Voici les principaux points que j'ai mis en lumière :

#### I. — ARTÈRES ET NERFS

#### A. — Rapports des artères thyroïdiennes.

*a*) AVEC LES RÉCURRENTS. — Ainsi que l'avaient indiqué MM. Jaboulay et Villard, le récurrent droit est toujours sur un plan plus antérieur que le récurrent gauche par rapport à l'artère thyroïdienne supérieure ; mais, contrairement à l'opinion classique, *j'ai montré qu'il n'est pas rare de trouver ce récurrent droit dirigé obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, au moins aussi rapproché des flexuosités de l'artère thyroïdienne inférieure dans sa portion transversale que du conduit trachéo-œsophagien, auquel on le prétend à tort toujours accolé.* La zone dangereuse pour la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure est donc beaucoup plus étendue du côté droit que du côté gauche.

*b*) AVEC LE GRAND SYMPATHIQUE. — Constamment le sympathique cervical et l'artère thyroïdienne inférieure se croisent au voisinage du tubercule de Chassaignac. A ce niveau artère et nerf sont appliqués ensemble, contre les attaches de l'aponévrose prévertébrale aux apophyses transverses des vertèbres cervicales, par une gaine que j'ai appelée *gaine du sympathique*, et qui les isole du gros paquet vasculo-nerveux et des organes voisins. A gauche, le tronc du sympathique, ou la majorité des branches de son plexus, passe en avant de l'artère. A droite, le sympa-

thique passe aussi souvent en avant qu'en arrière. Ces données constituent d'excellents points de repère opératoires (sympathectomie, ligature de la thyroïdienne inférieure).

**B. — Distribution des artères dans la glande thyroïde. Anastomoses sus-glandulaires et intra-glandulaires.**

Hyrtl, Mme Bégonne, etc., décrivaient, dans la thyroïde une circulation terminale à territoires distincts. En réalité presque toujours on rencontre un *riche réseau anastomotique* autour du corps thyroïde, réseau jeté entre les différentes artères de la glande, entre ces artères et les vaisseaux des organes voisins : larynx, trachée, base de la langue. Quant aux anastomoses intra-glandulaires, larges dans la zone sous-capsulaire, elles sont beaucoup plus fines mais nombreuses cependant dans la profondeur, où je ne les ai mises en évidence que par des injections très pénétrantes et par la radiographie. La conservation d'une seule artère thyroïdienne suffit donc à la nutrition de toute la glande.

## II. — VEINES

Dans son étude consciencieuse de la circulation veineuse thyroïdienne, Kocher ne signale pas un groupe fort important que l'on pourrait appeler *veines thyroïdiennes inférieures profondes*, et que j'ai observées à peu près constamment. Ces veines naissent à la fois des veines communicantes inférieures et de la face postérieure des lobes thyroïdiens ; elles descendent de chaque côté de la trachée, presque accolées à elle, et se jettent d'ordinaire dans les troncs veineux brachio-céphaliques, après avoir reçu des ramuscules veineux du larynx sous-glottique et des 8 ou 10 premiers anneaux de la trachée. On peut les remplir par une injection fine poussée dans l'une quelconque des veines thyroïdiennes. Elles établissent une solidarité étroite entre les circulations veineuses thyroïdienne et broncho-pulmonaire, d'où l'explication de certaines congestions trachéo-bronchiques aiguës, observées après les opérations au cours desquelles on a dû lier plusieurs des gros troncs veineux de la glande. Ces accidents sont de même origine que d'autres œdèmes aigus du larynx sus glottique et de la base de la langue, après la ligature des veines thyroïdiennes.

Les veines thyroïdiennes inférieures profondes sont avalvulées comme toutes celles du système thyroïdien.

## III. — TOPOGRAPHIE DE LA GLANDE THYROÏDE

De mes dissections, j'ai cru pouvoir conclure :

La loge cervicale moyenne au niveau de la glande thyroïde peut se décomposer en trois loges secondaires, isolées les unes des autres par trois gaines.

*a)* LOGE MÉDIANE, commune à la thyroïde, à l'œsophage et à la trachée, et enveloppée par la *gaine viscérale* ; cette gaine émet des prolongements

celluleux très lâches entre l'œsophage et la trachée, tandis que la glande thyroïde est solidement fixée au conduit aérien par des tractus fibreux, courts et serrés ;

*b*) LOGE VASCULO-NERVEUSE, de chaque côté de la précédente, avec la *gaine vasculaire* qui se dédouble autour de la carotide, de la jugulaire et du pneumo-gastrique. L'enveloppe de la veine jugulaire est la plus épaisse ;

*c*) LOGE DU SYMPATHIQUE, en avant des apophyses transverses, englobant, dans la *gaine du sympathique*, ce nerf avec la crosse de l'artère thyroïdienne inférieure.

Des ligaments étendus entre ces gaines et l'aponévrose superficielle assurent, en outre, la fixité de la glande : ligaments thyroïdiens latéraux, supérieur et moyen, ces derniers seuls nettement isolables et distincts.

---

**2. Applications de la radiographie à l'étude des circulations locales.**
(En collaboration, avec M. E. DESTOT).

Mémoire présenté à l'Académie de Médecine, avec 120 clichés, pour le concours du prix Bourceret, 1897 ; Mention honorable.

En même temps que MM. Remy et Contremoulin, mais par des moyens un peu différents, nous avons eu l'idée d'utiliser la radiographie comme méthode d'étude des circulations des organes difficilement accessibles à la dissection, et en particulier des parenchymes dont les vaisseaux n'avaient pu jusque-là être mis en évidence que par des procédés très lents et très délicats de corrosion.

Le côté original de notre méthode a été l'emploi de mélanges d'injection variables, et par leur finesse et par leur degré de pénétration, de façon à décomposer l'étude des circulations intra-parenchymateuses en séries de complexité croissante ; nous sommes ainsi partis des branches principales de division des vaisseaux, pour remplir peu à peu les artérioles et les capillaires ; dans le rein, même, nous avons injecté les veines par les capillaires. Enfin, l'insufflation préalable des cavités organiques et l'application du stéréoscope à l'examen de nos clichés (positifs sur verre) nous a permis de mettre en valeur tous les reliefs, et tous les rapports dans l'espace, des vaisseaux injectés.

Il n'est pas d'organes que nous n'ayons explorés ainsi.

Les clichés présentés à l'Académie de Médecine constituaient des séries à peu près complètes pour :

La circulation artérielle générale du fœtus ;

La circulation artérielle du cerveau, de l'œil, de la langue, du poumon, du pancréas, de la rate, de l'utérus et de ses annexes, du testicule ;

La circulation artérielle et veineuse du corps thyroïde, du rein et du placenta,

Parmi les constatations nouvelles que nous avons faites ainsi, les plus intéressantes avaient trait à ces derniers organes :

*Pour le corps thyroïde*, V. page 6.

*Pour le rein*, nous avons établi que les territoires artériels sont fermés, lobaires ou multilobaires, et que les « voûtes anastomotiques sus-pyramidales » admises par les classiques entre les gros troncs lobaires n'existent pas. Les branches interlobaires se réduisent rapidement en artérioles projetées directement par gerbes vers les glomérules, sans l'intermédiaire de voûtes artérielles. Les artérioles des pyramides proviennent des artères efférentes des glomérules. — Entre les veines, au contraire, les anastomoses de lobe à lobe et avec les veines de la capsule sont nombreuses, si bien que tout le rein peut être rempli par une seule veine lobaire. Ces anastomoses se font au-dessus des pyramides de Malpighi, par un système de voûtes discontinu. Le trajet des veines est parallèle à peu près à celui des artères.

*Pour l'utérus et les annexes*, nous avons montré ce qui revient comme territoire à l'artère utérine et à l'artère utéro-ovarienne, cette dernière épuisée, en général, dans le ligament large. Nous avons fait des clichés d'utérus injectés, puis séparés du vagin par les incisions de l'hystérectomie, pour indiquer la situation et les rapports des vaisseaux sectionnés par l'opérateur. Enfin, sur des coupes transversales de l'utérus, nous avons mis en évidence les branches hélicines partant des rameaux périphériques pour plonger vers la muqueuse. Ces branches existent, aussi bien sur la ligne médiane que latéralement, et si elles ne saignent pas, lors de la section médiane de l'organe (ce qui avait fait croire à leur absence), c'est qu'elles sont immédiatement étranglées par les ligatures vivantes du muscle utérin.

---

**3. Topographie de l'appendice iléo-cœcal**

Publié en partie dans la thèse de Dormoy sur l'*Appendicite pelvienne*, thèse de Lyon, 1897.

En préparation.

## II. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

4. **Les Sporozoaires, et particulièrement les coccidies pathogènes.** (En collaboration avec F. Le Dantec)

*Encyclopédie des Aide-Mémoire*, de Léauté. — 190 pages. — Paris, 1895.

Quand nous avons entrepris, en 1895, la publication de notre petit Traité des Sporozoaires, la question de la théorie parasitaire du cancer était à l'ordre du jour. Les partisans du parasitisme pensaient que l'agent infectieux doit appartenir au groupe si intéressant des Coccidies; il nous parut donc souhaitable que chaque médecin pût prendre parti, pour ou contre cette théorie, en connaissance de cause. Or, les documents relatifs à l'histoire des *Coccidies* étant épars dans un grand nombre de mémoires, souvent très spéciaux et accessibles aux seuls zoologistes, nous avons voulu rassembler, dans un ouvrage simple et clair, tout ce qui était nécessaire à la discussion de la question. Le livre de M. Balbiani, dernier ouvrage français traitant des Sporozoaires en général, datait de 1884; or pendant les onze années qui avaient suivi sa publication, un si grand nombre de faits acquis avaient changé la face du problème, que notre petit aide-mémoire semblait venir à son heure.

Parmi les Sporozoaires, certains groupes, comme les *Myxosporidies*, étant plus spécialement parasites des animaux aquatiques, leur étude n'était pas d'un intérêt immédiat pour le médecin. Il était cependant indispensable d'en connaître la nature; car ce sont des types tellement spéciaux par leur évolution, que leur présence a pu passer inaperçue chez l'homme. Dans tous les cas, la démonstration de la nature myxosporidienne de la *pébrine* des vers à soie donne un intérêt considérable à ce groupe pathogène. Nous en avons cependant abrégé l'étude : de même, pour les *Sarcosporidies*, qui intéressent pourtant plus directement la médecine, puisqu'on les a constatées dans les tissus des mammifères et de l'homme, mais qui sont encore trop peu connues pour qu'on puisse donner d'une manière certaine leur cycle évolutif.

Restait le groupe des Cytozoaires et surtout des *Coccidies*, parasites des Vertébrés. Sans en négliger la nomenclature complète, qui fixait l'état de la science au moment de notre publication, nous nous sommes surtout astreints à dégager les *différents types d'évolution*. C'est la partie importante de notre petit ouvrage; sans nous écarter de la réalité par un schématisme exagéré, nous avons donné la description complète de l'évolution de tous les types de Cytozoaires, auxquels il sera possible de comparer le parasite du cancer, si on le met jamais en évidence avec certitude. C'est même uniquement cette comparaison qui permettra de trancher définitivement la question; et nous croyons qu'à ce point de vue notre aide-mémoire peut être utile aux chercheurs.

En dehors de la question du cancer, beaucoup de *Coccidies* intéressent la pathologie humaine. Nous avons donné en détail les groupes récemment découverts d'*Hémosporidies* et de *Gymnosporidies*, dans lesquels rentrent les parasites de la *fièvre paludéenne* ; la comparaison de ces parasites paludéens avec ceux du sang des oiseaux éclaire singulièrement leur histoire, mal comprise d'abord, avant les récentes études de pathologie comparée.

La question du *dimorphisme évolutif* était encore discutée en 1895 ; elle semble aujourd'hui nettement tranchée, en particulier par les découvertes du docteur Simon.

Nous avons fait pressentir à une époque où on n'y croyait guère, l'importance énorme de ce dimorphisme évolutif, qui permet de concevoir l'existence au dehors, et *sous une forme toute différente*, d'un être que nous connaissons seulement sous sa forme parasitaire. Ce fait permet de comprendre l'étiologie des maladies dites *miasmatiques*, dont le *miasme* en forme libre est peut-être connu, mais n'a pas été rapproché de sa forme parasitaire.

Un seul fait que nous n'avions pas pu prévoir et qui est, d'ailleurs, plus curieux au point de vue zoologique qu'au point de vue pathogène, c'est le caractère de *sexualité* que semblent mettre en évidence, dans certains cas de dimorphisme, les travaux les plus récents sur la question. Cette sexualité n'est pas encore démontrée ; et elle n'infirmerait en rien le caractère de généralité que nous avons tâché de donner à l'évolution des Cytozoaires ; l'élément mâle et l'élément femelle évolueraient séparément comme deux Cytozoaires typiques, jusqu'au moment de leur fusion.

Nous n'avons pas voulu prendre parti dans la question du cancer, et nous avons terminé notre ouvrage par l'exposé aussi impartial que possible des opinions des auteurs ; notre but n'était pas de discuter nous-même la théorie parasitaire, mais de mettre les médecins à même de la discuter en connaissance de cause.

Peut-être avons-nous atteint ce but modeste, et notre aide-mémoire n'a-t-il pas été sans utilité.

---

## ACTINOMYCOSE

**5. Actinomycose expérimentale par inoculation de cultures pures** (En collaboration avec M. Louis Dor).

Société des Sciences Médicales de Lyon, le 15 mars 1893.

Il s'agissait d'actinomycose généralisée, obtenue chez le lapin par inoculation de cultures pures dans le corps vitré.

**6. Actinomycose thoracique d'origine pulmonaire.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, le 28 novembre 1894.

J'ai présenté, avec le malade, des préparations du parasite recueilli dans les crachats et dans les fistules de la paroi thoracique.

**7. Actinomycose cervicale à localisations péri-laryngées.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, le 26 décembre 1894.

Présentation du malade. Préparations du parasite. Le 6 février 1895, présentation des pièces d'autopsie.

**8. Actinomycose temporo-maxillaire.**

Sociétés des Sciences Médicales, 8 janvier 1895.

Présentation du malade ; préparations du parasite.

**9. De l'Actinomycose humaine, particulièrement en France.**

Revue générale dans la *Gazette des hôpitaux*, février et mars, 1896.

**10. De l'Actinomycose chez l'homme** (En collaboration avec M. le professseur Poncet.)

Rapport au Congrès de St-Etienne A. F. A. S. 1897.

**11. Valeur de l'iodure de potassium dans le traitement de l'actinomycose.**

Communication au Congrès de St-Etienne, A. F. A. S, 1897.

**12. Faits relatifs à l'étiologie de l'actinomycose et à la biologie de l'Actinomyces** (En collaboration avec J. Nicolas.)

Société des Sciences Médicales de Lyon, octobre 1897.

**13. Actinomycose chronique temporo-maxillaire, échec de l'iodure de potassium.**

Société de Médecine de Lyon, février 1898.

**14. TRAITÉ CLINIQUE DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE**

(En collaboration avec M. le profeseur Poncet.)

410 pages, 45 figures et 4 planches hors texte, Masson et Cie, Paris 1898.

L'actinomycose, signalée en France pour la première fois par Lebert dès 1848, a fourni un champ d'études des plus féconds aux médecins étrangers, avant même que son existence eût été soupçonnée dans le monde médical français. Il faut arriver en 1888 pour trouver la première observation française d'actinomycose chez l'homme, avec contrôle microscopique; elle fut présentée par MM. Nocard et Lucet à l'Académie de Médecine. Et, jusqu'en 1892 encore, l'actinomycose était considérée dans notre pays comme une maladie d'exception, ou plutôt comme une curiosité digne à peine des musées d'anatomie pathologique.

A cette époque, pourtant, se fit un mouvement d'opinion né dans quelques milieux scientifiques, Lyon au premier rang, puis Paris, Lille, Bordeaux, etc.

A Lyon, notamment, MM. Poncet et Dor commencèrent de parti-pris rechercher l'*Actinomyces* chez tous les malades, porteurs de lésions inflammatoires chroniques ou de néoplasmes, qui ne rentraient pas dans les cadres des descriptions classiques. M. le professeur Poncet, persuadé que l'actinomycose existait en France au même titre que dans le centre de l'Europe et qu'on l'y trouverait aussi fréquemment si on voulait prendre la peine de la dépister, convia à cette tâche tous les médecins autour de lui.

Il m'a été donné de suivre, auprès de mon maître, les diverses phases de ce travail si intéressant de découvertes ; soit dans son laboratoire, soit dans les salles de sa Clinique, j'ai pu m'associer à l'œuvre commune, et les publications ou communications inscrites en tête de ce chapitre marquent les principales étapes de nos explorations.

Cliniquement, j'ai pu observer, durant ces cinq années, la plupart des formes cervico-faciales, cutanées, thoraciques, abdominales et encéphalo-rachidiennes de la maladie et poursuivre, par des recherches microscopiques, le champignon rayonné dans les tissus de ces diverses régions. Ce sont ces observations qui ont fait l'objet de mes communications nos 5 6, 7, 8 et 9.

Dans le domaine expérimental, en collaboration avec mon maître et ami e docteur Dor et avec mon excellent ami le docteur Nicolas, nous sommes arrivés à quelques résultats intéressants concernant la biologie du parasite, ainsi que l'étiologie et la pathogénie de l'affection qu'il détermine. Je ne citerai que :

*a*) *La réalisation de cultures pures sur les principaux milieux végétaux*, surtout sur les céréales en épis et sur les grains décortiqués d'orge, d'avoine, de blé, en utilisant, soit les parasites recueillis dans des lésions de malades, soit des cultures sur bouillon et sur agar ;

*b*) *La constatation de la longévité du parasite*, dans de telles cultures abandonnées pendant quatre ans aux conditions de l'atmosphère extérieure, et encore susceptibles au bout de ce temps, de végéter à nouveau et d'infecter les animaux. Nous avons montré que, dans ces vieilles cultures, l'*Actinomyces* revêt des formes de résistance sporulées, qui doivent être des formes de conservation à l'air libre. Nous avons suivi sur des cultures en bouillon, datant de plusieurs mois et remises à l'étuve, *le mode de formation des massues*;

*c*) Enfin nous avons réalisé, des premiers, les *diverses inoculations positives de la maladie* aux animaux (lapins), en partant, soit des lésions humaines, soit des cultures sur végétaux.

En 1896, m'inspirant surtout de ce que j'avais vu, j'ai publié sur l'actinomycose humaine, une Revue générale dans la *Gazette des Hôpitaux*.

En 1897, à la suite de plusieurs observations malheureuses, devenu *très sceptique sur la prétendue valeur spécifique de l'iodure de potassium* dans la thérapeutique de cette affection, j'ai démontré dans une communication au Congrès de St-Etienne de l'A. F. A. S., qu'on ne saurait s'en remettre aveuglément au traitement ioduré, et que les interventions

chirurgicales (incisions, curetage), usitées avant la découverte des propriétés de cet agent, devaient lui rester adjointes dans tous les cas où elles étaient praticables.

Dans ce même Congrès, j'ai eu l'honneur de collaborer au Rapport présenté par M. le professeur Poncet, sur l'actinomycose en France.

Enfin, mon maître a bien voulu me confier une part dans la rédaction du *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, paru il y a quelques jours. Je tiens à lui en exprimer ici toute ma reconnaissance.

Dans ce livre, qui s'adresse tout particulièrement aux médecins, les questions de morphologie et de biologie pure ont été limitées aux stricts éléments indispensables pour la connaissance de l'étiologie de l'actinomycose. C'est aussi comme annexe à la pathogénie qu'a été traitée très succinctement l'actinomycose chez les animaux.

Le plan général comporte :

CHAPITRE I. — *Historique*, montrant l'actinomycose d'abord soupçonnée en France par Lebert, puis étudiée avec soin en Allemagne et en Italie, pour reparaître en France tout récemment, avec les marques d'origine de l'étranger.



Fig. 1. — Actinomycose cutanée de la face. — Forme verruqueuse ulcérée. (Fig. extraite du *Traité clinique de l'Actinomycose humaine*).

CHAPITRE II. — *Biologie de* l'Actinomyces bovis, avec ses différents types dans l'économie et dans les milieux artificiels de développement, ses

modes de culture et d'inoculation, ses produits solubles. Aperçus nouveaux sur ses types de resistance.

CHAPITRE III. — *Etiologie générale*, éclairée par un tableau à grands traits de la maladie chez les animaux, et par l'étude de la contagion animale et végétale, cette dernière de beaucoup la plus fréquente. Les principales portes d'entrée du parasite, les causes adjuvantes de l'infection, sa distribution géographique, sont envisagées.

CHAPITRE IV. — *Caractères anatomiques généraux et pathogénie des lésions.* — Dans ces paragraphes de pathologie générale, nous montrons l'évolution du parasite dans l'économie, les lésions élémentaires qu'il crée lorsqu'il triomphe de la phagocytose, le mode de progression de ces lésions s'effectuant surtout par continuité et rarement par métastase, leur protéisme des plus diversifiés suivant qu'elles intéressent les muscles, les os (toujours secondaires), la peau, etc..., enfin leur répartition dans les différentes régions de l'organisme.

CHAPITRES V, VI, VII, VIII. — *Description clinique, comprenant l'actinomycose cervico-faciale, thoracique, abdominale et cutanée*, avec les considérations étiologiques spéciales à chaque région, et avec la description des formes primitives et secondaires que l'on observe le plus habituellement. Pour chaque région, nous avons tenu à présenter un type schématique choisi parmi les plus fréquents et sur lequel le praticien puisse repérer son diagnostic (pour la face, la forme temporo-maxillaire ; — pour l'abdomen, la forme appendiculo-cœcale, etc...). Certaines localisations toujours secondaires (squelette, foie, centres nerveux) ou d'une allure clinique nettement caractérisée (langue, voies lacrymales) ont été décrites à part.

CHAPITRE IX. — *Diagnostic général* de l'actinomycose avec les maladies dont les caractères fondamentaux s'en rapprochent le plus, et avec toutes les affections similaires reconnaissant comme agent causal un parasite différent de l'*Actinomyces bovis*. Ici ont touvé place les *pseudo-actinomycoses* (pied de Madura, farcin du bœuf, pseudo-actinomycose à gros grains jaunes etc...) dont le nombre va chaque jour en croissant, et une affection nouvelle dans la pathologie humaine, la *botryomycose* (Poncet et Dor). Ces dernières maladies, à peine connues encore, comporteront sans doute, dans un avenir prochain, de plus amples développements, quand l'actinomycose arrivera à la période d'analyse bactériologique que traverse actuellement la tuberculose.

CHAPITRE X. — *Traitement envisagé au point de vue prophylactique et curatif.* Il n'était pas dans le cadre de cet ouvrage de faire une revue détaillée de tous les médicaments et de toutes les formules à prétentions spécifiques qui ont été proposés, pas plus que de développer pour chaque région les divers temps d'interventions chirurgicales qui doivent être modifiées suivant chaque cas. Nous nous en sommes donc tenus aux médicaments éprouvés et aux indications opératoires générales, nous séparant de nos devanciers par la confiance très limitée que nous accordons à l'iodure de potassium comme agent thérapeutique isolé et spécifique ; l'iodure fait surtout merveille comme adjuvant au traitement chirurgical.

Pour terminer, nous avons réuni dans un index bibliographique aussi complet que possible toutes les publications françaises et étrangères relatives à l'actinomycose que nous avions pu rassembler, de façon à rendre à chacun de nos devanciers ou de nos collaborateurs la part qui lui revenait.

---

**15. Recherches sur l'ostéomyélite.** (En collaboration avec J. Nicolas).

Rapportées dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, t. II, article Ostéomyélite, par M. le professeur Poncet.

Nous avons inoculé des produits solubles de cultures en bouillon de staphylocoque pyogène, tenant en suspension de fines particules solides aseptiques, dans les artères des membres, chez plusieurs lapins. Nous voulions rechercher ainsi la part qui revient aux produits solubles dans la production des foyers d'ostéomyélite atténuée où l'on ne trouve pas de microbes.

Nous avons observé des décollements épiphysaires chez les jeunes animaux en expérience, mais pas de lésions nettes d'ostéomyélite. Lésions probablement dystrophiques.

## III. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

### A. — SQUELETTE ET ARTICULATIONS

**16. Sur un cas de myxôme kystique du tibia** (En collaboration avec G. Nové-Josserand).

*Revue de Chirurgie,* mai 1895.

L'observation recueillie à la Clinique de M. le professeur Ollier, d'une tumeur kystique du tibia à stroma myxomateux, a été l'occasion de cette courte revue sur les kystes des os en général, et particulièrement sur les kystes développés dans les néoplasmes osseux. Le simple évidement du tissu néoplasique a suffi, dans ce cas, pour amener une guérison définitive.

---

**17. Une variété de tumeur solide des maxillaires d'origine paradentaire (Epithélioma adamantin)** (En collaboration avec G. Nové-Josserand)

*Revue de Chirurgie,* novembre 1894.

Il s'agit, ici encore, d'une tumeur du squelette, beaucoup plus intéressante, car elle avait été peu étudiée avant nous; et on la signalera sans doute assez fréquemment lorsqu'on la connaîtra mieux.

Les débris des bourgeons adamantins restés inclus dans les mâchoires ne déterminent pas seulement la production des tumeurs kystiques appelées kystes dentigères, maladie kystique, etc., et bien étudiées par Malassez, puis par Albarran, qui en ont démontré la nature adamantine, signée par la présence des cellules ramifiées de Huxley. Parfois l'évolution néoplasique des débris adamantins donne des tumeurs solides, développées comme les kystes entre les deux tables de l'os, tendant, comme eux, à faire saillie vers la face externe de l'angle de la mâchoire inférieure, troublant de la même manière l'évolution des dents, sans déterminer, plus que les kystes, de phénomènes douloureux ou d'anesthésie dans le territoire du trijumeau.

Le tissu, quoique mou, est moins friable que celui des sarcômes; une coque osseuse l'enveloppe de toutes parts; et, d'ordinaire, une ou plusieurs dents, plus ou moins rudimentaires, sont implantées dans la tumeur ou dans sa coque. La délimitation exacte de ces épithéliomas par cette coque, l'absence d'envahissement des ganglions voisins rendent le pronostic relativement bénin, et commandent au chirurgien une intervention partielle (abrasion, curetage), plutôt qu'une résection typique comme lorsqu'il s'agit d'un sarcôme.

C'est une pareille tumeur qui avait attiré l'attention de M. le professeur Ollier, dont j'étais alors l'interne. L'étude clinique et histologique de ce cas nous a fourni les éléments de ce mémoire ; nous y avons joint trois autres observations de nos maîtres, MM. Ollier et Jaboulay.

---

18. **Polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme tuberculeux Démonstrations radiographiques** (En collaboration avec M. Destot), (présentation de clichés).

Congrès français de Chirurgie, 14e session, Paris 1897.

Cette forme de tuberculose ostéo-articulaire, signalée déjà dans la thèse de Barjon (Lyon, 1897), d'après les indications de mon maître, M. le professeur Poncet, se présente en clinique avec les trois types suivants :

1o Polyarthrites sèches survenant d'emblée chez un sujet de souche tuberculeuse, mais indemne jusque-là de toute manifestation osseuse ou viscérale;

2o Polyarthrites sèches, précédées d'autres localisations tuberculeuses pulmonaires ou viscérales;

3o Polyarthrites sèches coïncidant avec une tumeur blanche en évolution.

Ces trois types ont été étudiés par nous sur douze observations dont cinq personnelles. Presque toujours les lésions bornées à un gonflement diffus, sans foyer ramolli ni fistules, prédominaient dans les petites articulations des mains et des pieds et déterminaient des altérations identiques à celles de la polyarthrite déformante rhumatismale ; aussi le diagnostic de nature, d'après le seul examen clinique, ne pouvait-il être soupçonné que par les antécédents, par le jeune âge des malades et quelquefois, mais non toujours, par la constatation d'autres lésions bacillaires guéries ou en évolution.

Nous croyons avoir trouvé, dans les épreuves radiographiques obtenues avec nos malades, des éléments de diagnostic plus précis. On note en effet, sur les clichés :

Au début du processus, un gonflement spécial et toujours considérable des parties molles, qui est le principal facteur des déformations extérieures, — et déjà, dans les épiphyses des phalanges, des taches blanchâtres, dues à la raréfaction irrégulière du tissu osseux par l'infiltration bacillaire. Plus tard, par fusion de ces îlots raréfiés, les épiphyses s'évident, le cartilage piarthrodial s'affaisse ; d'où un amincissement des têtes des phalanges, une excavation de leurs cavités de réception et, en fin de compte, des subluxations avec juxtaposition des deux os par emboîtement.

Cet aspect diffère totalement de celui des radiographies obtenues avec les polyarthrites déformantes qui reconnaissent d'autres origines : pour le

rhumatisme en particulier, il s'agit d'un élargissement en totalité des épiphyses, avec raréfaction massive du tissu spongieux et disparition précoce des cartilages.

---

**19. Sur un cas d'ostéomyélite larvée.**

*Bulletin Médical*, 1896.

J'ai publié cette observation parce qu'elle a toute la valeur d'une expérience de laboratoire. Elle a été présentée par M. le professeur Poncet à la Société de Médecine de Lyon. Ostéomyélite infectieuse aiguë de l'extrémité inférieure du tibia droit, qui nécessite l'ablation de cet os totalement nécrosé. Au cours de la convalescence, développement dans l'humérus droit d'une ostéomyélite larvée, révélée seulement par une ostéalgie passagère et par un hyperaccroissement du membre de quatre centimètres en cinq ans ; cet hyperaccroissement intéressait surtout l'humérus (trois cent.), mais aussi le radius et le cubitus correspondant (un cent.). L'exacerbation considérable des douleurs depuis trois ans nécessita la trépanation de l'humérus ; on trouva l'os injecté, rouge, le canal médullaire oblitéré. Guérison.

L'ensemencement en bouillon des fongosités et des fragments d'os retirés du foyer n'a donné que des résultats négatifs.

---

### B. — APPAREIL TÉGUMENTAIRE

**20. Greffes autoplastiques d'Ollier pour une énorme perte de substance des téguments de la cuisse.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, le 7 mars 1894.

J'ai présenté un malade, soigné dans le service de M. le professeur Ollier pour une dégénérescence cancroïdale de cicatrice de brûlure à la cuisse gauche. L'ablation de cette tumeur avait laissé une énorme perte de substance de 20 cent. de long sur 9 de large ; la plaie fut comblée, en trois séances, à l'aide de greffes dermo-épidermiques, et, au bout de trois mois, le malade quittait l'hôpital avec une cicatrice solide.

---

**21. Note sur deux cas d'épithélioma sébacé primitif du cuir chevelu et des téguments.**

*Revue de Chirurgie*, août 1895, avec 6 figures.

Cette étude d'un type fort intéressant de tumeurs cutanées multiples a pour point de départ deux observations recueillies par moi dans le service

de mon maître M. le professeur Poncet; elle est inspirée des idées de M. le professeur Bard sur la spécificité cellulaire.

Nodules indurés, au nombre de plusieurs centaines, pouvant apparaître sur tous les points du corps, mais surtout au cuir chevelu, s'accroissant durant des mois et des années, sans ulcérer fatalement les téguments et sans déterminer d'engorgement ganglionnaire ni de cachexie véritable : tels sont les caractères cliniques de ces néoplasmes.

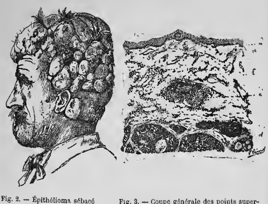


Fig. 2. — Épithélioma sébacé primitif. — Tumeurs multiples du cuir chevelu.

Fig. 3. — Coupe générale des points superficiels d'une des tumeurs :
*a*). Épiderme.
*b*). Derme infiltré de leucocytes.
*c*). Une glande sébacée avec début de prolifération des cellules basales.
*d*). Amas épithéliaux de la tumeur avec les corps oviformes centraux.

Au microscope, on reconnaît qu'ils sont constitués par des formations épithéliales tubuleuses, diffusant rarement dans les espaces conjonctifs, et dont les éléments cellulaires rappellent, par leur aspect et par leurs réactions colorantes, les jeunes cellules basales des glandes sébacées. Au centre de ces amas épithéliaux, des zones granuleuses, sans structure nette, (faux corps oviformes) représentent les produits de sécrétion de ces cellules glandulaires pathologiques.

La bénignité relative de telles tumeurs, établie par leur allure clinique et par leur structure justifie les procédés d'exérèse partielle que M. Poncet a institués pour leur traitement.

## C. — TÊTE ET COU

**22. Cancroïde développé sur une vieille cicatrice de brûlure du cuir chevelu avec perforation du crâne par propagation.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, le 6 mars 1895.
Thèse de Brice, Lyon 1895.

Chez ce malade, observé dans le service de M. le professeur Poncet, la perforation de la voûte crânienne se traduisait par les battements rythmiques du fond de la tumeur ulcérée ; puis, pendant les derniers jours de la vie, par des symptômes de coma progressif. A l'autopsie, on trouva une perte de substance intéressant la voûte et la dure mère, et un foyer d'encéphalite sous-jacent. Epithélioma pavimenteux lobulé.

---

**23. Traitement chirurgical du prognathisme** (En collaboration avec M. Jaboulay).

*Presse Médicale*, avril 1898, avec 8 figures.
Thèse de P. Berger, Lyon 1897.

Le prognathisme inférieur exagéré de certains acromégaliques et de certains adénoïdiens peut déterminer des troubles de la parole et de la mastication tels qu'une intervention chirurgicale s'impose, la prothèse seule donnant une correction insuffisante. De toutes les opérations possibles, ostéotomie et résections, la plus simple et la plus efficace *est la résection des condyles.* M. Jaboulay l'a pratiquée devant moi avec succès sur un prognathe ; et j'ai étudié sur le cadavre les mécanismes du recul du maxillaire inférieur après cette résection, en même temps que quelques points spéciaux de manuel opératoire.

---

**24. Laryngectomie totale pour cancer limité du larynx.**

*Province Médicale*, 22 juin 1895.
Présentation des pièces à la Société des Sciences Médicales, le 5 juin 1895.

J'ai publié cette observation de M. le professeur Pollosson comme type d'un cas justiciable de la laryngectomie totale ; le néoplasme (épithélioma pavimenteux lobulé), était, en effet, limité strictement à la cavité endo-laryngée, sans adénite perceptible au voisinage, avec un état général encore satisfaisant. Une première tentative d'extirpation par thyrotomie médiane n'ayant pu être radicale, M. Pollosson pratiqua, six mois plus tard, la laryngectomie, après morcellement des cartilages en deux valves latérales. La trachée fut suturée aux lèvres de la plaie, et l'œsophage à la base de la langue. Alimentation par la sonde nasale.

Malgré un résultat opératoir immédiat excellent, le malade succomba, dix jours plus tard, à une broncho-pneumonie.

---

### CORPS THYROIDE

**25. Sur la régression de certains goîtres après l'exposition à l'air du corps thyroïde hypertrophié, sans luxation des lobes au dehors.**

*Province Médicale*, 26 janvier 1895.

**26. De la fièvre thyroïdienne dans les opérations de goitre.**

*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 12 décembre 1897.
*Lyon Médical*, 19 décembre 1897.

**27. THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DU GOITRE**

**Contribution à l'étude anatomique et chirurgicale du goitre.**

8 figures et 5 planches hors texte, 490 pages, Paris, Masson 1897.
Thèse de Lyon, médaille d'argent 1896-1897.
Travail couronné par l'Académie de Médecine, 1897 (prix Laborie).

Ce travail est basé sur de nombreuses dissections ou constatations opératoires, et sur 170 observations recueillies surtout auprès de mes maîtres lyonnais, tout particulièrement dans la pratique de MM. Poncet et Jaboulay. Il comporte deux grandes divisions : l'une anatomique, l'autre plus spécialement chirurgicale.

Le seul goitre bénin, développé aux dépens de la glande thyroïde principale, a été envisagé.

**1° Partie anatomique.** — *Dans la partie anatomique*, j'ai cherché à fixer les points de la topographie thyroïdienne les plus importants pour l'opérateur, et surtout les modifications apportées aux rapports normaux des organes de la région par le développement du goître (1).

Adoptant la division la plus simple de Woelfler en adénômes et hypertrophies, j'ai constaté que la glande elle-même, hypertrophiée en masse ou partiellement altérée par l'adénôme, affecte les aspects et les situations les plus variables. A l'*hypertrophie* revient surtout le *goitre charnu* et le *goitre vasculaire* (anévrysmatique ou veineux) qui peuvent subir la transformation polykystique. L'*adénôme* peut être *fœtal* ou *gélatineux* (Woelfler) suivant qu'il présente la structure de la glande thyroïde du fœtus avec des boyaux épithéliaux pleins, ou suivant qu'il est constitué par des vésicules à contenu colloïde.

(1) Pour l'anatomie normale, voir pages 5 et suivantes.

Dans l'*adénôme, la dégénérescence kystique est précoce (goitre kystique, cystodénôme, adénôme polykystique)*, et les hémorrhagies fréquentes (*kyste hématique, hématocèle thyroïdienne*).

Les goitres *circulaires en besace, cylindriques*, de l'hypertrophie massive, déterminent surtout des troubles par compression large de la trachée ; des goitres *ambulants, pendulaires, rétro-s'ernaux* et *plongeants* de l'adénôme proviennent, au contraire, les accidents brusques et souvent terribles de suffocation.

Je me suis appliqué à bien définir, une fois pour toutes, la *capsule ou écorce du goitre*, très distincte de la capsule propre de la glande, et qui n'existe, à proprement parler, que dans les goitres partiels. Elle est constituée par une couche de tissu cortical refoulée de dedans en dehors et doublée de la capsule propre ; c'est à son intérieur que se pratiquent les opérations intra-capsulaires.

*La trachée* présente des altérations d'une importance capitale et dont j'ai longuement analysé les causes et les conséquences, en discutant les opinions de Langenbeck, Demme, Bonnet, Rose, Eppinger, Wœlfler, Poncet, etc. *Aplatissement* ou *coudure* par compression, *affaissement* par ramollissement, telles sont les causes qui déterminent, soit une simple *scoliose trachéale*, soit une *déformation en lame de sabre* (la plus fréquente), soit un *effacement frontal*, soit un *étranglement circulaire*. Presque toujours le conduit aérien subit en même temps, un *allongement variable* ; ses parois s'enflamment chroniquement, ainsi que les voies respiratoires en amont de l'obstacle (*stase congestive*).

*Les vaisseaux et les nerfs* de la région, comprimés, refoulés, tiraillés ou fixés par la tumeur, subissent dans leur fonctionnement des perturbations d'ordre divers, que j'ai aussi envisagées ; les plus à redouter sont les complications par stase dans le système veineux, y compris le cœur droit, et les paralysies par englobement des rameaux du vague dans la capsule du goitre, dont je rapporte plusieurs exemples.

**2° Technique et indications opératoires. — Critique des différentes méthodes.** — Condamnant, en principe, la thyroïdectomie totale, dont Reverdin, Kocher, Schiff, Poncet, Wœlfler ont montré les effets désastreux, et après un court aperçu sur l'opportunité et sur les dangers *de l'anesthésie dans les interventions* pour goitre, j'ai distingué celles-ci, suivant qu'elles portaient sur la tumeur revêtue de ses enveloppes (*thyroïdectomies extra-capsulaires*), ou sur la tumeur mise à découvert et séparée des parties voisines par sa capsule incisée (*strumectomie, énucléation intra-glandulaire, énucléation massive* (Poncet). L'*exothyropexie*, ou exposition à l'air du goitre luxé hors de sa loge (Jaboulay-Poncet) est une intervention tout à fait distincte des précédentes et qui méritait la place à part que je lui ai donnée.

A propos de chacune de ces interventions, j'ai indiqué successivement le *manuel opératoire* le plus habituel, ainsi que les modifications apportées par chaque chirurgien ; cette revue critique, d'un intérêt pratique fondamental, ne saurait être que signalée ici. Il en est de même de tout ce qui

concerne les *accidents* opératoires, les *complications immédiates et tardives* ; hémorrhagies, troubles respiratoires provenant de la trachée et des nerfs laryngés.

Au cours d'un chapitre spécial sur la *trachéotomie* dans les opérations de goître, j'ai traité la question de ses indications et de son instrumentation spéciale. Les indications sont beaucoup restreintes par le pronostic grave de cette intervention, surajoutée chez de tels malades : d'autant que la trachéotomie faite dans ces conditions, n'est que le premier temps *du calibrage de la trachée* par une canule laissée à demeure, durant des mois et même des années. Les canules doivent être très longues et de courbes variées, pour s'adapter aux déformations de la trachée.

Parmi les troubles post-opératoires, ceux qui ressortissent aux lésions spontanées ou chirurgicales des récurrents ont particulièrement fixé mon attention : contusions, sections déterminant des paralysies temporaires ou définitives.

Enfin, la *fièvre thyroïdienne*, hyperthermie d'ordre aseptique, que l'on observe pendant les premiers jours après l'ablation du goître, a été envisagée par moi, dans ses principales modalités cliniques. Depuis la publication de ma thèse, j'ai pu démontrer expérimentalement que cette fièvre a pour cause le passage dans la circulation, au moment de la dilacération opératoire du parenchyme, des substances thermogènes sécrétées par la glande malade. A la suite de l'exothyropexie, cette fièvre s'explique par les irritations qu'a subies la glande pendant et après sa luxation.

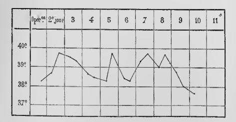



Fig. 4. — Tracé de fièvre thyroïdienne.

Il restait, pour conclure, à formuler les *indications* de la thyroïdectomie partielle, des énucléations et de l'exothyropexie dans *les goîtres non suffocants*, dans *les goîtres suffocants* et dans *le goître exophtalmique*, en les basant sur les *résultats* de chacune d'elles pour chaque catégorie de goître, et en comparant ces résultats à ceux du traitement médical. Pour cette étude, j'ai tenu à me servir surtout d'éléments personnels, recueillis auprès des nombreux opérés de mes maîtres, MM. Poncet et Jaboulay. Il en ressort :

a) Que le *traitement médical*, et en particulier la *médication thyroïdienne* s'adresse, jusqu'à nouvel ordre, aux goitres parenchymateux sans phénomènes basedowiens et sans kystes anciens à parois fibreuses. Chez les sujets au-dessous de 20 ans, ce traitement donne, d'après les statistiques que j'ai compulsées, des guérisons définitives dans 8 °/o des cas; il devra donc être essayé toujours, quand on le pourra, avant d'avoir recours à un traitement chirurgical.

b) Lorsqu'on interviendra, ce sera par des opérations méthodiques et réglées; la ponction des kystes thyroïdiens me semble devoir être rejetée.



Fig. 5. — Gros goitre polykystique qui fut opéré par énucléation massive (Figure extraite de la *Thérapeutique chirurgicale du goitre*)

c) Depuis la période antiseptique, la *mortalité* des opérations pour goitre (2 à 6 °/o suivant les chirurgiens) *a été abaissée dans des proportions telles* qu'elle ne doit plus être envisagée dans la discussion des indications opératoires que pour les grosses tumeurs très vasculaires, s'accompagnant de troubles respiratoires anciens et accentués.

d) Les opérations thyroïdiennes réglées, actuellement dirigées contre le goitre ordinaire, peuvent être considérées comme radicales et définitives; car, même si les portions restantes de la glande présentent ultérieurement

quelque hypertrophie compensatrice, cette apparente récidive ne devient gênante pour la respiration et la phonation que dans des conditions exceptionnelles.

L'exothyropexie, quand elle ne suffit pas par elle-même pour prévenir des récidives, place au moins la glande dans des conditions trophiques telles, que des résections partielles ultérieures en seront beaucoup facilitées.

*e*) Dans les *goitres non suffocants, la thyroïdectomie partielle extracapsulaire* sera réservée seulement à certaines hypertrophies massives très vasculaires et à certains goitres anciens, très adhérents à leur capsule, cas dans lesquels il est impossible de trouver un plan de clivage intra-glandulaire. *L'exothyropexie* sera de même une opération d'exception s'adressant aux énormes goitres charnus et vasculaires, dont l'énucléation serait impossible et l'excision des plus risquées. Les *énucléations* sont indiquées dans tous les autres goitres.

*f*) Dans *les goitres suffocants*, l'exothyropexie est appelée à détrôner toutes les autres interventions d'urgence, à cause de sa rapidité d'exécution, de la simplicité de ses manœuvres, et du soutien trachéal ultérieur qu'elle assure. Elle sera complétée par l'excision ou l'énucléation du nodule compresseur, si le danger primitif d'asphyxie a été rapidement écarté par la luxation de la tumeur.

*g*) *Pour le goitre exophtalmique*, j'ai insisté sur les dangers des opérations thyroïdiennes, que j'indiquais néanmoins comme interventions de nécessité, à côté des ligatures artérielles, dans les cas rebelles au traitement médical et avec cachexie imminente ; jusqu'au moment, disais-je, où la valeur et l'innocuité de la section double du sympathique cervical (Jaboulay) serait établie par un nombre suffisant de guérisons confirmées.

Aujourd'hui l'expérience de cette méthode se poursuit encore, et semble avoir fourni les éléments de conclusions plus fermes.

---

## D — INTESTIN ET PAROIS DE L'ABDOMEN.

### 28. Du retournement du canal vagino-péritonéal ou de la vaginale dans la cure radicale de certaines hernies congénitales et de certaines hydrocèles.

*Province Médicale*, 23 mars 1895.

J'ai d'abord étudié ce procédé de cure radicale qu'a préconisé M. Jaboulay, sur six malades opérés par ce chirurgien ; ces malades ont été suivis assez longtemps pour permettre d'enregistrer des résultats éloignés. Depuis, j'ai pratiqué le retournement de la vaginale dans dix cas, toujours avec succès.

Le retournement est indiqué dans tous *les cas d'hydrocèle*, que l'on traite d'ordinaire par l'incision ou par la décortication de la vaginale ; plus sûr que l'incision seule pour prévenir les récidives, plus simple que

la dissection et la décortication, le retournement aboutit à une guérison aussi rapide que celle obtenue par ces deux méthodes.

Dans le traitement *des hernies congénitales*, il doit être réservé aux faits, d'ailleurs rares, où la dissection des éléments du cordon est très laborieuse. Il faut alors avoir soin de faire remonter l'éversion du canal vagino-péritonéal jusqu'à l'orifice du canal inguinal. Chez deux enfants opérés ainsi, et revus il y a quelques jours, le résultat opératoire s'était maintenu parfait.

Dans un cas de hernie congénitale funiculaire étranglée, où l'état général de l'opéré exigeait une intervention rapide, j'ai supprimé la cavité du sac en le retournant autour du testicule et de sa vaginale close. Pas d'incident post-opératoire, nulle récidive ultérieure.

---

**29. La hernie primitive du cœcum à sac incomplet. — Pathogénie. — Traitement.**

*Province Médicale*, 18 avril 1896.

Le mécanisme des hernies du cœcum à sac incomplet s'expliquait, de lui-même, par le glissement de l'intestin sous le péritoine, lorsqu'on admettait comme normal le recouvrement incomplet du cœcum par la séreuse. S'appuyant sur les recherches anatomiques modernes (Bardeleben, Trèves, Tuffier, etc.), M. Tuffier conclut, au contraire, dans un important travail des Archives générales de Médecine (1887), que toute hernie du cœcum, chez l'adulte, doit avoir un sac complet; d'après lui, les hernies dépourvues en partie de sac, l'ont été secondairement après descente du côlon dans une hernie cœcale, ou, primitivement, dans des hernies qui intéressaient d'abord le côlon, puis le cœcum.

Je soutiens, au contraire, qu'en réalité les hernies primitives du cœcum à sac incomplet existent; M. Jaboulay en a opéré devant moi et j'ai étudié sur le cadavre comment le cœcum, pourvu d'un méso, ou même complètement entouré de péritoine, mais peu adhérent en arrière à sa tunique séreuse, descend dans le canal inguinal en se dépouillant partiellement de cette enveloppe, par un mouvement d'inflexion en haut et en avant. Dans de telles hernies, l'adhérence charnue naturelle (Scarpa) rend la réduction impossible si l'on n'a pas soin d'infléchir préalablement le fond du cœcum en bas et en arrière.

---

**30. A propos de trois cas de péritonite suppurée, d'origine stercorale herniaire. Guérison par laparotomie et drainage, sans lavages du péritoine.**

*Archives provinciales de Chirurgie*, mai 1896.

Cette étude est le reflet de la pratique de mon maître, M. Jaboulay, dans les cas de péritonite suppurée en général, et notamment dans l'infection

de la grande séreuse abdominale au cours de la hernie étranglée. Opérer rapidement, largement, en causant le moindre traumatisme, telles sont les indications générales; pour les réaliser, il faut supprimer toute exploration et toute suture, dangereuse, ou au moins inutile, dès qu'elle prolonge les manœuvres sur l'intestin, et se contenter d'assécher et de drainer le péritoine des liquides qui s'y sont épanchés, sans poursuivre une antisepsie trop exacte par de grands lavages.

La question des lavages péritonéaux, étudiée expérimentalement par P. Delbet (1889) qui défend l'innocuité de ces lavages est encore aujourd'hui trop discutée (Société de Chirurgie, 1897) pour que j'aie eu la prétention d'émettre une opinion définitive à son endroit. Il semble, pourtant, que si les dangers de l'absorption par le péritoine des liquides employés sont restreints, la diffusion, par ces mêmes liquides, des éléments infectieux dans des recoins de la grande séreuse inabordables au drainage, présente toujours des risques insuffisamment compensés par les avantages même du lavage. A l'irrigation du péritoine, je préférerais encore l'assèchement de la séreuse et le lavage du sang par les injections de sérum.

Dans un paragraphe spécial de ce mémoire est présenté le traitement de la fistule stercorale consécutive à de telles hernies gangrénées.

---

**31. De la Hernie obturatrice étranglée.**

*Bulletin Médical*, 20 mars 1898.

Grâce à une série curieuse de deux cas de hernie obturatrice étranglée, répondant chacun nettement à un type clinique différent, et observés par moi à quelques jours d'intervalle, j'ai pu reprendre ou établir les points suivants relatifs à la pathogénie, à la symptomatologie et au traitement de cette variété peu commune de hernies :

*a*) Le rôle du lipôme sous-péritonéal dans l'amorce de telles hernies est indiscutable ;

*b*) Le *signe de Romberg*, douleurs névralgiques dans le territoire du nerf obturateur externe, par compression de ce nerf, est à peu près constant et d'une valeur capitale. Dans la hernie obturatrice interstitielle, c'est souvent le seul symptôme qui permette de préciser l'origine d'une occlusion intestinale, d'ailleurs mal caractérisée (Jaboulay, Berger).

*c*) *La cure radicale*, souvent très laborieuse et même impossible par la kélotomie dans la région crurale, *doit être faite par laparotomie*, soit d'emblée, soit comme complément d'une intervention reconnue impraticable par la voie crurale.

---

**32. Hernie diaphragmatique étranglée, avec rupture du côlon dans la cavité thoracique** (En collaboration avec E. Gallois).

*Bulletin Médical*, 6 février 1898.

Cas remarquable par le développement spontané de cette hernie après un accouchement, par l'évolution anormale de l'étranglement dont aucun signe n'attirait l'attention du côté du diaphragme, enfin par l'empyème stercoral qui succéda à la rupture, dans la cavité pleurale gauche, du côlon incarcéré et grangréné. Survie de 17 jours grâce à un anus cœcal.

Les constatations de l'autopsie nous ont permis de *discuter le traitement de semblables hernies*, et de conclure à l'impuissance probable du chirurgien dans toute tentative de cure radicale, qu'il opère par la voie abdominale (Naumann) ou par la voie trans-pleurale (Schwartz et Rochard).

---

**33. Hématocèle sacculaire ombilicale, compliquant un double kyste de l'ovaire avec ascite. — Symphise intestinale totale, occlusion post-opératoire mortelle.**

*Province Médicale*, 12 mars 1896.

L'observation qui fait le sujet de cette note est des plus fécondes en détails intéressants sur la production d'*un kyste ombilical a contenu hématique* du volume d'une tête de fœtus, qui occupait le sac, déshabité et complètement fermé du côté de l'abdomen, d'une ancienne hernie ombilicale. La réintégration spontanée de l'intestin et l'oblitération du sac avaient été la conséquence du développement de deux kystes mucoïdes de l'ovaire, les végétations oxogènes de ces kystes ayant occasionné une péritonite chronique avec épanchement et déterminé le refoulement vers le dôme diaphragmatique des anses intestinales agglutinées entre elles. Dès lors, l'anneau ombilical était revenu peu à peu sur lui-même, aidé dans ce travail par les tractions, en arrière et en haut, d'une bride épiploïque et du ligament suspenseur du foie. La péritonite chronique continuant à évoluer dans le kyste sacculaire, la séreuse du kyste s'était épaissie, vascularisée, d'où l'hématocèle.

Cette pathogénie et cette localisation de pareilles hématocèles, si elle a déjà été décrite, doit à coup sûr s'observer rarement, car je n'en ai trouvé aucune mention dans les travaux récents sur les hernies ombilicales, ou sur les kystes sacculaires et les néoplasmes péri-herniaires (Lannelongue, Duplay, Lejars).

La cure radicale de ce kyste sacculaire fut un temps accessoire dans l'ablation du double kyste de l'ovaire : la cavité abdominale une fois débarrassée de ces énormes masses, les anses intestinales tendirent à descendre vers les points déclives. C'est dans ce mouvement que les adhérences de péritonite chronique créèrent des brides multiples d'étranglement contre

lesquelles toute action chirurgicale était insuffisante. La pathogénie de cette occlusion doit être aussi des plus rares.

**34. Anus cœcal pour tumeur du gros intestin. — Survie de cinq ans.**

*Province Médicale*, 4 mai 1895.

J'ai publié l'observation de ce malade, opéré cinq ans auparavant par M. le professeur Poncet d'après son procédé de l'anus cœcal, comme un exemple remarquable de la lenteur d'évolution des tumeurs de l'intestin, une fois qu'on a supprimé l'irritation et l'infection de leur surface, en dérivant le cours des matières. Jusqu'au dernier mois avant sa mort cet individu put continuer son travail de terrassier. Il succomba d'obstruction chronique par adhérences étendues du néoplasme (épithéliome cylindrique) à l'intestin grêle. Le segment de gros intestin inutilisé au-dessous de l'anus cœcal, quoique rétracté à l'extrême, n'offrait aucune modification histologique essentielle de ses parois.

**35. Une forme rare d'occlusion intestinale aiguë chez un enfant. — Laparotomie. Guérison.**

*Archives provinciales de Chirurgie*, août 1894.

Cette forme d'occlusion, survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde chez un petit garçon de 11 ans, était remarquable à plusieurs titres. Bien qu'il s'agît d'une occlusion aiguë remontant à deux jours et siégeant sur l'intestin grêle, il y avait peu de réaction générale, peu de signes gastro-intestinaux, pas de diminution de la quantité des urines. Et, pourtant, à l'opération, on trouva des lésions complexes et une stricture absolue de l'iléon, dont une anse était engagée dans une autre fermée en boucle, le tout maintenu par deux brides inflammatoires récentes.

**36. Rhabdomyôme malin de la masse sacro-lombaire chez un enfant.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, le 4 juillet 1894.

Le petit malade qui a fait l'objet de cette communication, était atteint d'une énorme tumeur de la région lombaire, avec prolongements sous-péritonéaux, qui avait présenté l'allure clinique et l'aspect extérieur d'un fibro-sarcôme très vasculaire. Opéré par M. Vincent, à la Charité, il succomba d'hémorrhagie et de shock. L'examen histologique, pratiqué par moi, sous la direction de M. Bard, démontra qu'on avait affaire à une tumeur embryonnaire du muscle strié, ou rhabdomyôme malin.

### E. — REIN ET CAPSULES SURRÉNALES, VESSIE

**37. Néphrectomie secondaire pour pyonéphrose fistuleuse. Schock et Urémie suraiguë ; injections du sérum artificiel. Guérison.**

*Lyon Médical*, janvier 1898,
Société de Chirurgie (en présentation).

J'ai pratiqué, au mois de novembre dernier, dans le service de mon maître, M. le professeur Poncet, une néphrectomie lombaire sous-capsulaire (procédé d'Ollier), pour une ancienne pyonéphrose d'origine gravidique, fermée d'emblée du côté de l'uretère, incisée d'urgence trois ans auparavant, et devenue fistuleuse depuis deux mois.

L'autre rein était sain et suffisant, l'état général peu altéré; l'opération fut rapidement conduite. Néanmoins la malade faillit succomber au schock et surtout à l'urémie par inhibition absolue du rein intact ; durant deux jours la quantité d'urine retirée de la vessie fut insignifiante. Cette femme ne fut sauvée que grâce à des injections massives de sérum artificiel dans le tissu cellulaire profond de la cuisse (2 litres 500 en 5 jours).

C'est une application nouvelle et intéressante des injections de sérum. Au deuxième jour après l'opération, la quantité quotidienne des urines rendues atteignait 1,500 à 1,600 grammes. Guérison parfaite, maintenue depuis trois mois.

---

**38. Enorme sarcôme du rein chez un enfant.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, 17 octobre 1894.

J'ai présenté ce cas, observé dans le service de M. Vincent, sur un enfant de 5 ans, à cause des particularités cliniques suivantes : malgré le volume énorme de la tumeur (2 kilog. 800), qui avait distendu tout l'abdomen, on n'avait noté, pendant la vie, ni varicocèle, ni hématuries, ni aucun trouble urinaire. Histologiquement, il s'agissait d'un de ces « sarcômes globo-cellulaires », dont MM. Guyon et Guillet ont signalé l'évolution latente comme assez habituelle chez l'enfant. La mort, par cachexie, survint à peine six mois après le début apparent de la maladie.

---

**39. Volumineuse tumeur du rein droit. Néphrectomie. Guérison.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, 1er mai 1895.

Comme la précédente, cette tumeur, quoique développée chez un adulte, avait présenté un tableau clinique anormal : pas d'autre symptôme que des hématuries profuses. L'extirpation par la voie para-péritonéale fut simple et l'excrétion de suppléance par l'autre rein s'établit immédiatement. Au

microscope, carcinôme à point de départ dans les cellules cylindriques des tubuli.

**40. Cystostomie sus pubienne temporaire pour un énorme calcul vésical infecté.**

*Archives Provinciales de Chirurgie*, 1895.

**41. Greffes de capsules surrénales de chien dans un cas de maladie d'Addison. Mort foudroyante.**

Présentation des pièces à la Société des Sciences Médicales de Lyon, le 28 décembre 1892.

Il s'agissait d'un addisonien cachectique, atteint en même temps de tuberculoses chirurgicales multiples, et chez qui M. Augagneur avait tenté des greffes sous-cutanées de capsules surrénales de chien. Ce traumatisme chirurgical minime fut l'occasion d'une poussée granulique suraiguë, ainsi qu'on l'a noté fréquemment chez de tels malades : la mort survint au bout de trois jours, et l'autopsie révéla des lésions récentes de tuberculose dans la plupart des viscères. Les deux capsules surrénales étaient profondément altérées.

**42. Cancer de la capsule surrénale avec noyau métastatique dans la paroi thoracique.**

Présentation des pièces à la Société des Sciences Médicales de Lyon, le 28 février 1894.

Cette observation, relative à une malade du service de M. le professeur Ollier, offrait comme points intéressants :

Le développement de ce cancer chez une femme de 26 ans, son évolution latente jusqu'au moment où apparut, dans la paroi costale, une tumeur secondaire qui, seule, attira l'attention pendant la vie. Il ne fut possible d'affirmer le point de départ de cette tumeur dans la capsule surrénale, que par l'examen microscopique des pièces recueillies à l'autopsie. Pas de syndrôme addisonien.

## F. — UTÉRUS ET ANNEXES

**43. Du cancer musculaire de l'utérus.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, le 18 décembre 1895, le 15 janvier, le 25 mars, le 29 avril 1896.

Présentation de malades, de pièces opératoires et de préparations microscopiques,

**44. Du cancer musculaire lisse en général (léiomyôme malin) et du cancer musculaire de l'utérus en particulier** (En collaboration avec M. J. PAVIOT). (*Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, septembre, décembre 1897.) — 7 figures.

Pendant mon internat dans le service de M. le professeur Fochier, j'ai eu l'occasion d'observer et de suivre six malades atteintes de ces énormes tumeurs solides de l'utérus, tumeurs de consistance plus ou moins dense, infiltrées, par places, de sérosité, donnant presque à la percussion la sensation de fluctuation kystique, et que l'on étudie d'ordinaire sous le nom de *myxosarcôme, sarcôme myxoïde, sarcôme kystique de l'utérus* (Le Bec, Terrillon). Sur les conseils de mon maître, je cherchai à élucider la nature intime de ces néoplasmes dont l'évolution clinique est aujourd'hui bien connue.

Je ne dirai donc rien de la partie séméiologique de ce travail, si ce n'est que presque tous nos cas avaient évolué d'abord comme des fibrômes bénins, avec un temps d'arrêt apparent au moment de la ménopause, puis avec une poussée rapide se traduisant soit par de nouveaux écoulements sanguins et hydrorrhéiques, soit par une augmentation considérable de volume, soit par ces deux signes réunis. Je conclurai seulement *qu'il y a lieu de faire de sérieuses réserves sur la rétrocession habituelle des fibrômes utérins après la suppression des règles.*

Beaucoup plus neuves et plus intéressantes sont les déductions anatomo-pathologiques qui ont pu être tirées de ces faits, sous la direction de M. le professeur Bard et grâce à la collaboration précieuse de mon ami J. Paviot.

Elargissant le cadre primitif de notre étude, nous avons réuni à nos cas d'autres observations de MM. Tripier, Condamin et Gouilloud, Langerhans, etc., et nous sommes arrivés à conclure :

1° Que le terme de *sarcôme en général ne représente pas une entité histologique*, et que le démembrement progressif de la classe des sarcômes a marché de pair avec les acquisitions de l'histologie pathologique ;

2° *Qu'il n'y a pas de sarcômes, mais uniquement des tumeurs plus ou moins caractérisées de tissus définis.* Les éléments cellulaires de ces tumeurs, dans leur développement, reproduisent, sous une forme plus ou moins voisine de l'état adulte, les éléments du tissu qui en a été le point de départ. Ce sont les formes trop éloignées du type adulte, et pour lesquelles on n'a pas pu saisir les types de transition, que l'on a englobées à tort dans les sarcômes ;

3° Le *sarcôme de l'utérus ne correspond pas à une notion moins fictive et mieux définie que celle des autres sarcômes.* Successivement, d'ailleurs, on en a soutenu, sans preuves suffisantes, l'origine conjonctive (Virchow) qui n'a plus aujourd'hui de défenseur, l'origine endothéliale (Pilliot, Orth, Pfannenstiel, Amann, Coste) qui n'a été retrouvée ni par Pick, ni par nous. L'origine musculaire (Bard, Kahlden, Williams, Pick) est la seule, capable

d'expliquer tous les faits : *il y a un cancer de la fibre musculaire lisse comme de toute espèce cellulaire ;*

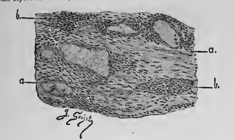



Fig. 6. — Coupe histologique montrant, à côté de travées (*a*, *a*), constituées par les cellules musculaires adultes de l'utérus, les amas (*b*,*b*) d'éléments musculaires jeunes du myôme malin.

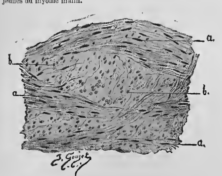



Fig. 7. — Même aspect des travées de cellules adultes (*a*,*a*), avec les cellules jeunes (*b*, *b*), commençant à apparaître dans un stroma muqueux, loin de tous vaisseaux.

4° *Des léiomyômes utérins et gastriques ont donné des métastases*, où les observateurs ont reconnu des cellules musculaires lisses, sans cellules dites sarcomateuses (cas de Gouilloud et Mollard, de Brodowski, de Klebs, de Krische, de Langerhans).

5° Si la transformation des cellules myomateuses en cellules sarcomateuses (Pick) est soutenable pour le léiomyôme malin, apparaissant dans un ancien et volumineux fibro-myôme, elle ne l'est plus pour ce que l'on appelle le *sarcôme d'emblée*. Il faut donc admettre que les fibres-cellules que l'on trouve dans les *sarcômes utérins* ne sont pas les cellules préexistantes de l'utérus, ni les cellules d'un myôme bénin, subissant l'évolution maligne, mais qu'elles *représentent d'emblée un stade évolutif des cellules musculaires lisses embryonnaires* de la tumeur, vers la fibre-cellule adulte ;

6° *La prétendue dégénérescence myxoïde, kystique, ou colloïde, de certaines tumeurs malignes du muscle utérin, n'est pas une dégénérescence*, parce que :

*a*) Loin d'être des points de diminution de nutrition, ces zones mucoïdes sont le siège d'un processus d'accroissement très actif ; leur constatation suffit pour affirmer l'accroissement de la tumeur ;

*b*) C'est dans ces zones, qu'apparaissent les cellules les plus petites et les plus embryonnaires de la tumeur ;

7° *L'histogenèse de ces zones myxoïdes*, pseudo-kystes, par des oblitérations vasculaires (Pilliet) n'est pas soutenable ; ni M. Pick, ni nous-mêmes n'avons constaté ce processus. On peut, pour les expliquer, admettre *des œdèmes localisés*, réduits à des territoires vasculaires variables, les stases partielles se produisant par écrasement des veines dans la tumeur, les artères plus résistantes continuant l'apport sanguin. Le liquide extravasé, est à peu près semblable à celui de l'œdème ordinaire, quand il fait irruption au milieu de cellules adultes. Il se charge, au contraire, de mucine, quand il est au contact de cellules jeunes, celles-ci ayant la propriété générale de sécréter de la mucine (Pick).

---

**45. De la Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire**

(En collaboration avec L. Dor.)

*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 4 octobre 1896.

Sur les coupes d'un kyste dermoïde de l'ovaire, en apparence banal, nous avons trouvé des zones en évolution cancéreuse nette. C'est là une curiosité anatomo-pathologique que l'on ne diagnostique guère sur le vivant et qu'il faut bien distinguer des greffes de tissu complexes, sur plusieurs organes, d'un dermoïde qui était primitivement unique, puis qui s'est segmenté durant la vie embryonnaire.

Le tissu cancéreux d'un kyste dermoïde malin n'est constitué que par une seule espèce de cellules, qui est d'ordinaire la cellule épithéliale du revêtement épidermoïde. Bien que le noyau cancéreux reste longtemps inclus dans l'intérieur du kyste, et que l'envahissement des autres organes s'opère surtout par continuité, le pronostic de cette complication est sévère. La mortalité opératoire ou éloignée (cachexie, récidive) est évaluée

à 1/3 pour les 20 cas que nous avons colligés (Bard, Trévoux, Krukenberg, Taüffer).

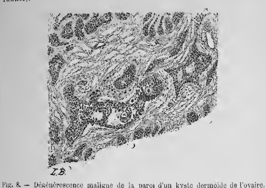


Fig. 8. — Dégénérescence maligne de la paroi d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Amas épithéliaux avec grandes cellules hyalines

---

**46. Cancer (Epithéliome) de l'ovaire développé chez une jeune fille de 16 ans.**

Société des Sciences Médicales, 28 mars 1896.

Tumeur épithéliale solide, (1,500 gr.), née probablement dans les cellules du cumulus proligère, à éléments très jeunes répartis dans de pseudo-alvéoles. Développement rapide, sans autre trouble que l'augmentation de volume de l'abdomen constatée depuis trois mois. Intérêt surtout de rareté à cet âge.

---

**47. Sur un emploi curieux du citron comme pessaire antiseptique.**

Société des Sciences Médicales. *Lyon Médical*, 1896.

69 324. — Imp. A. Waltener — P. Legendre et Cie, Succrs. — Lyon